Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1909

E PARA SER

PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Flaviano Eutychio de Andrade

Natural do Estado da Bahia

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

DA DYSTOCIA FUNICULAR

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typographia e Encadernação do Lyceu de Artes

Prudencio de Carvalho, director

Premiado com Medalha de Ouro na Exposição Nacional de 1908

1909

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia patholog cas.
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
	5.ª SECÇÃO
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira.
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
. . . .	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphia
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Caio Octavio F. de Moura	5.ª »
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PREVENINDO A CRITICA

. . . . « *quem fructum capis*
Hoc ex labore? » . . . .
Havemos mister de o saber.

. . . .

Mais uma para os ratos. E bem satisfeitos somos que lhe outro fim não desejaramos, e bem de peito e de razão, quando a sua escriptura della encetaramos.

Exigiu-nos-n'a a lei: eil-a.

O que seja, do dizer, já, destas linhas atrás, nos desobrigamos.

Cibus muribus, definimol-a.

Escriptura de tacos, corrija quem n'o quizer, que nos não correremos, por isso que, em a validade, nada mais nos era consentido, máxime, no anno em que vamos, já de si pequeno pela enormidade de materias a se estudarem e tanto menor feito pelo serviço militar obrigatorio e suas consequencias indeclinaveis.

E posto que, « *ad perniciem soleat agi sinceritas* » não della se poderia desviar quem, dês os seus bons tempos de infancia, a esta parte, se tem costumado aos sabios conselhos do sabio fabulista.

E por termino, muito bem ainda, fará este para aqui: « *sinceritas laudanda* »

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

Da Dystocia Funicular

CAPITULO I

Da exiguidade funicular em geral

Exiguidade natural

Postoque nos falleçam os necessarios dados ao historico dô assumpto de que nos occupamos, daremos, todavia, dos nossos esforços breve resumo.

Antes de mais nada, porém, diga-se o que por exiguidade funicular se entende. Quando de seu natural, ou accidentalmente, se desvia, para menos da norma de 45 centimetros, o cordão, dá-se o que se diz exiguidade funicular.

Do duplo modo de encarar a sua procedencia originou-se a sua divisão, em: *natural* e *accidental*.

No primeiro caso o cordão mede menos de 45 centimetros de extensão, desde a sua inserção placentaria té o umbigo do féto.

Em o segundo o seu desvio delle, para menos, se deve ás circulares e, vezes outras, aos nós.

O que dito, tornemos ao nosso resumo historico.

Por variadas phases, passara, até os nossos dias, a exiguidade funicular, como geratriz de dystocia.

Todos os parteiros, desde Mauriceau até Baudelocque, acceitaram-n'a como um obstaculo á conclusão natural do trabalho do parto.

Este ultimo, nos primeiros tempos, não reconhecia tal influencia e Gardien chegava mesmo a negal-a, em absoluto.

Como Baudelocque La Chapelle e Duzés não acceitavam tambem tal factor de dystocia.

Desormeaux, Maygrier Velpeau, Moreau consideraram-n'a como muito rara, o que modernamente é assente.

D'Outrepont, no emtanto nega o facto, asseverando que de dez fétos nascidos mortos, tres succumbiram á influencia da exiguidade funicular.

Outros auctores affirmam serem mais ou menos chimericos os perigos della provenientes.

E' certo que a exiguidade funicular, mui raramente se oppõe á sahida expontanea do feto: mesmo os auctores que mais contestavam tal dystocia não deixavam de reconhecer, comtudo, que esta, algumas vezes, podia perturbar a marcha ordinaria do trabalho que, só, se ultimava naturalmente, graças a accidentes graves: *ruptura do cordão* ou *descolamento prematuro da placenta.*

***

Da pequenez do cordão, somente, resulta um parto dystocico quando aquella é tal que não permitta a creança vir á luz.

O limite minimo que o cordão deve ter de extensão afim de que a gravidez e a parturição progridam sem damnos, foi assim avaliado por Tarnier e Leray:

— A distancia do fundo do utero á vulva é, approximadamente, de 32 centimetros antes do parto e de 20 *post-partum*, por isso que, o fundo do utero e a inserção placentaria descem na phase expulsiva.

Acceitando-se taes cifras como verdadeiras deduzimos que, sendo a inserção placentaria feita em um ponto o mais afastado possivel da vulva, no fundo da cavidade uterina, será necessario que o cordão haja, pelo menos 20 centimetros, afim de que a sua extremidade umbilical chegue ao orificio vulvar.

Mas não é o *quantum satis* porque, do umbigo ao anus do féto a termo, ha uma extensão de 7 centimetros; o que explica que ainda é mister á sua expulsão, uma extensão de cerca de 8 a 10 centimetros nas apresentações cephalicas.

Quando, porém, se trata da extremidade pelviana, o cordão deve ser mais extenso, afim de que a ex-

pulsão se faça sem custo e sem os accidentes que acarreta a exiguidade.

Já vimos que 20 centimetros são, de principio, precisos para representar a distancia que vae do fundo do utero ao orificio vulvar porque a inserção umbilical ganhe este orificio.

Mas, nesta occasião, os membros inferiores e a região sub-umbilical acham-se, tão somente, fora da vulva.

E' necessario, pois, ajuntar áquella uma outra extensão, na media, egual ao trajecto que liga o umbigo ao apice da cabeça, o que mostra que a haste funicular deve ter mais de 30 centimetros de extensão, afim de que o parto, em apresentação pelvica, se realise facilmente.

Tarnier dá, como extensão minima do cordão, 38 centimetros.

Note-se, porém, que este numero se pode reduzir por causa da sua extensibilidade que, segundo Tarnier, Leray, Joulin é, na media, de um centimetro por cada decimetro quando influenciado por uma tracção.

*
* *

A extrema tensão funicular, quando não determina a ruptura do cordão, occasiona o descolamento

placentario, accidentes estes, de maxima importancia, para os quaes o parteiro deve levar a sua attenção.

Ora o descolamento tem lugar em um periodo pouco adeantado do trabalho, ora em phase de mais accentuado progresso.

No primeiro caso, o féto succumbirá porque, cedo, deixarão de existir as suas connexões vitaes aos vasos maternos; é preciso que o descolamento seja total para que este desenlace tenha lugar.

No segundo, é preciso contarmos com uma prompta intervenção para se poupar a vida do féto se a da sua mãe delle não reclama *in primo* o seu direito em qualquer dos casos figurados.

Pinard e Varnier contam que um féto tinha um dos pés preso ao cordão, como em um estribo, e podera, por um movimento de seu membro inferior, descolar a placenta.

Os mesmos auctores observaram um descolamento placentario tendo o féto circulares no pescóço.

Por hemorrhagia continua ou pela presença de escoamento sanguineo se manifesta o descolamento da placenta.

Ainda a tensão exagerada do cordão, quando é elle resistente, determina a inversão do utero que, nestas condições, se apresenta sob o aspecto de uma

massa carnosa, comparada por Pinard a *un gros ananas*.

***

Chantreuil observa que a exiguidade, quando não excessivamente pronunciada, não acarreta geralmente, nenhum accidente e pode ser considerada inteiramente indifferente, tanto para o lado materno como para a creança.

Outros auctores explicam pela exiguidade funicular os symptomas abaixo descriptos: *avanço e recuo alternativos da apresentação; dôr fixa em um ponto lateral e superior do utero; trabalho longo, contracções arythmicas, dilatação muito lenta; escoamento sanguineo quasi em jôrro.*

Estes symptomas não têm o valor que lhes querem dar, porquanto, podem se manifestar em partos naturaes, principalmente nas primiparas, sem entretanto reconhecerem, como causa determinante, a exiguidade funicular.

Tivemos occasião de, na clinica obstetrica do Hospital «Santa Isabel» a cargo do sabio mestre Dr. Climerio de Oliveira, observar alguns destes symptomas sem que se tratasse de exiguidade funicular.

Será temerario excluirmol-os *in totum* como

tambem garantirmos, sempre, a sua presença delles em se tratando de cordão exiguo.

* * *

Que o cordão, por demais curto, influa na posição do féto á cavidade uterina é rasoavel e mesmo demonstravel.

Dumeaux assevera que vira numero tal avultado de casos que exemplificam a nossa asserção supra, quer tratando da exiguidade natural, quer da accidental, que os não podia attribuir a simples coincidencia, explicando-se do seguinte modo: — No caso de exiguidade essencial, comprehende-se facilmente, que por um movimento mais amplo da creança, o pescoço se prenda a uma alça e deste modo a cabeça se retenha ao alto ou aos lados do utero e a outra parte fetal venha occupar a area do estreito superior.

Parece, portanto, que Dumeaux admitte a pequenez do cordão como uma das causas das apresentações viciosas e com elle admittem tambem Maygrier e Shwab.

Kohlschnetter (Th. de Compagnon) desaccordando, affirma, bem ao contrario, que é a apresentação, certo, causa da exiguidade funicular.

A proposito da asserção de Dumeaux, Budin e Demelin contam o seguinte facto:

«Carbonelli pretendendo fazer uma versão, encontrou o cordão que, enrolado em torno do tronco, passando pelo concavo axillar direito, pela clavicula esquerda, vinha circular o pescoço cinco vezes. D'ahi se dirigia á placenta passando sob o angulo direito do maxillar inferior, mantendo assim a cabeça em extensão.»

* * *

Toda a vez que o cordão não dispuzer de extensão sufficiente á sahida livre do féto, sujeita-se a uma tensão exagerada que influe, desastrosamente, no parto, tanto mais, quando feita por parteiro precipitado.

Trez grandes accidentes podem por via de tensão exagerada em cordão exiguo, ter logar: *ruptura do cordão, descolamento placentario* e *inversão uterina.*

A ruptura é, dos accidentes supra-mencionados, o mais frequentemente observado e geralmente tem logar em phase adeantada do trabalho, seja espontaneamente, o que raras vezes acontece, seja determinada por intervenção tendente a extracção do féto.

Diz a maior parte dos auctores que esta compli-

cação é denunciada por um estalido de intensidade tal que o parteiro e assistentes o ouvem.

Para nós a ruptura do cordão não é um accidente de tão alta gravidade, por isso que, geralmente, ella se opera em phase adiantada do trabalho, auxiliando a completa expulsão do féto.

Em apoio a nossa maneira de pensar o Dr. Rigby conta o seguinte facto: «Após duas ou tres horas de dores violentas, o féto foi repentinamente expulso; o cordão estava rôto a 5 centimetros do umbigo.

Quando a parteira quiz fazer o delivramento não encontrou a sua outra extremidade; tendo introdusido a mão na madre, encontrou a placenta, cuja extracção praticou, e sobre a qual, viu a outra extremidade do cordão rôto em seu ponto de inserção»

Perigosa, no emtanto, se faz a ruptura num momento pouco adiantado do trabalho.

A respeito do que aqui poderiamos dizer sobre o descolamento placentario ja adiantamos linhas idas.

O mecanismo da inversão uterina, tendo como causa a exagerada tensão funicular, porque, além desta, outras são as causas que podem determinar egual accidente, é faclimente explicavel.

Quando, de um lado, o cordão resistir a tensão, não se partir, e de outro lado, a adherencia da pla-

centa ao utero fôr solida, resistente, o féto ao sahir, mercê das contracções, pode trazer comsigo as paredes do utero, determinando a sua inversão, que pode, em dadas circumstancias, ser completa.

Symptomas serios annunciam este gravissimo accidente cujo estudo não nos compete fazer.

*
* *

Resta-nos tratar ainda de um facto observado por diversos parteiros, principalmente, quando a exiguidade é relativa e a posição posterior.

Sob esse ponto de vista estudemos a perturbação do movimento de rotação interna que a cabeça executa.

Tanto que cessada a contracção uterina, cujo fim é transformar a posição occiput-sacra em occiput-pubiana, a cabeça torna á primitiva posição.

A occiput-pubiana não existirá definitivamente emquanto o parteiro não lança mão dos dous meios que lhe fornece a obstetricia: o *digital* e o *forceps*.

O primeiro processo, que é de Tarnier, faz-se applicavel quando o collo se acha por completo ou quasi completamente dilatado e consiste na introducção do dêdo indicador direito ou esquerdo, conforme, seja o movimento de rotação da direita para a esquerda ou

vice-versa, até encontrar a região lateral da cabeça, em procura da orelha.

Mantido o dêdo no reborbo posterior della espera-se uma contracção, e neste momento, auxilia-se a rotação procurando manter a posição.

Mas cessada a resistencia digital a cabeça voltará á posição primitiva e nestas condições o processo não preenche o fim que o parteiro tem em mira.

Com o forceps o parteiro tem de preencher dous fins: rodar a cabeça até que a posição se transforme em occiput-pubiana e exercer tracções afim de extrahir o féto.

Ainda, por effeito das circulares, pode a cabeça voltar a posição primitiva, quando se procurar fazer a segunda applicação, de forma que, o professor Augusto Brandão, do Rio, aconselha, neste caso, fazer-se uma forte tracção afim de descel-a profundamente, manobra esta de merito incontestavel, corrigindo semelhante inconveniente.

Feitas, em breves palavras, considerações geraes, estudemos a exiguidade natural.

O comprimento normal do cordão é de 45 a 60 centimetros.

Larrey, auctor da maior estatistica, até hoje conhecida sobre o assumpto, observou que, em 10457 cordões, a extensão media foi de 544 millimetros; em 6025 fétos Chantreuil encontrou para media do cordão 565 millimetros.

Cazeaux achou 54 a 59 centimetros e Larcher 552 millimetros.

Casos ha, raros é verdade, em que o cordão mede de 45 centimetros abaixo, podendo até o umbigo inserir-se directamente á placenta, como observaram Mende, Otto, Hanon e outros.

Mayer encontrou um cordão de 10 centimetros, Sclafer diz ter encontrado um com a extensão de 1 centimetro.

Geralmente, os cordões demasiadamente curtos, são bastante grossos e, conseguinte, capazes de resistir fortes tracções, que podem acarretar ou o descolamento placentario ou a inversão uterina.

Etiologia—Porque nada se houvesse, em a validade, escripto, té o presente que nos seja conhecido e de mestres interrogados, postoque, de mór importancia o assumpto, limitar-nos-emos a uma observação do Dr. Young.

E não admira, que assumptos outros, de não somenos importancia, tambem jazem na obscuridade.

A Medicina tendo a especialisar-se e urge que comprehendamos esta necessidade, porque, só deste modo, a luz se fará sobre os pontos obscuros de tão vasta e sublime Sciencia.

O Dr. Young, como causa da exiguidade do cordão trouxe, a campo, a predisposição individual porque assistiu a uma mesma mulher duas vezes, em quasi um anno de intervallo, verificando, em ambos os partos, exiguidade funicular.

O cordão do féto em um dos partos media 25 e no outro 27 centimetros.

Acreditamos, piamente, no facto porém não responsabilisamos a predisposição individual como factor etiologico da exiguidade natural.

Diagnostico — O diagnostico quer durante a gravidez quer durante o trabalho do parto é difficilimo, porque os signaes dados pelos auctores não nos levam a diagnose da exiguidade natural, senão que as vezes, prende a attenção do parteiro que, inexperiente, todavia, pela raridade dessa anomalia, poderá não a ella attribuil-as.

A respeito da importancia dos signaes que abaixo enumeraremos, Chantreuil, commentando a difficuldade deste diagnostico pondera como Scanzoni, que si se ligasse grande importancia, aos taes pheno

menos necessario se tornava admittir pequenez do cordão em todos os partos.

Os signaes que acima nos compromettemos enumerar são: — *contracções uterinas* geralmente irregulares e curtas, muito dolorosas e não fazem progredir o trabalho, periodo de dilatação muito lento; as doentes agitam-se e queixam-se de dôres para o lado dos rins; preferem estar assentadas a deitadas (Bricker); algumas vezes, existem *verdadeiras caimbras uterinas* (Debrunner); Bricker assignalou um outro signal que se observaria durante o periodo de expulsão — *escoamento intermittente de urina* que se produziria logo após a contracção.

PROGNOSTICO E ACCIDENTES — O prognostico para a parturiente é mais benigno que para o féto, sujeito mais directamente á acção dos accidentes que podem surgir.

Accidentes que acarreta a exiguidade e podem ter consequencias funestas: *surmenage* pela lentidão com que se faz o trabalho; *hemorrhagias* por descolamento placentario; *inversão uterina* produzida por tracções exageradas e ruptura do cordão.

Os effeitos destes accidentes, podemos dizer, são communs a mãe e ao féto, variando o gráu de gravi-

dade; assim é que a ruptura funicular é mais grave para este que para aquella.

Tratamento—Por isso que, complexo e escabroso, validosamente, o seu estudo, pela dfficuldade de diagnostico, muito accommodado, aqui, um conselho do nosso distincto mestre Dr. Climerio de Oliveira cuja modestia se pesa pela sua sapiencia inconteste:, « Esperar com paciencia ».

E outro não é o fim do mestre senão preparar o nosso espirito para uma intervenção segura e efficaz.

Logo que, formos advertidos no decurso do trabalho, cujas phases devem ser cuidadosamente observadas, por algum signal que receios infunda á vida dos dous pacientes, devemos intervir, de cautella.

O parteiro assim como os seus auxiliares e todo o instrumental necessario para um parto laborioso devem estar em irreprehensiveis condições de asepsia.

Passemos agora ao tratamento por cada apresentação.

Apresentação cephalica—Quer se trate de face ou vertice a norma de proceder é a mesma.

Supposto feito o diagnostico de exiguidade natural,

por meio dos signaes já descriptos, lemos algures, em auctores que nos a memoria falha, qua a ruptura das membranas, mesmo estando o collo incompletamente dilatado, em surgindo uma forte hemorrhagia, attribuida ao descollamento placentario, é de imperiosa necessidade.

A ruptura do sacco tem por fim, graças ao escoamento de uma parte do liquido amniotico, determinar o abaixamento do utero e conseguinte augmentar indirectamente a extensão funicular.

Feito o que devemos proceder a dilatação artificial do collo e extrahir a forceps o féto.

Quando a cabeça, em uma apresentação do vertice, se conserva elevada, sem tendencia a descida, achando-se o collo dilatado, Budin aconselha a applicação do forceps auxiliado pela expressão uterina.

Se é na excavação que a cabeça encontra resistencia ao seu movimento de progressão, ainda o forceps tem feliz applicação, tanto mais quando auxiliado pela expressão uterina.

Nas posições posteriores a exiguidade natural pode determinar a falta de rotação da cabeça, e, nestas condições, o forceps ainda triumphará, quando, por meio da manobra digital, já citada, não lograrmos fazer completa a rotação da cabeça.

As tracções feitas com o forceps devem ser bastante moderadas e lentas para que não se dê a ruptura do cordão, muito embora, em alguns casos benefica, como a observação de Rigby demonstra.

Emtanto se ás tracções, resiste o cordão e apparece, na vulva, o umbigo, é mister cortal-o entre duas pinças ou entre ligaduras.

O ultimo tempo do trabalho ou é feito á custa das forças naturaes auxiliadas pelas mãos do parteiro ou feito á custa do forceps.

Apresentação pelvica—Se observarmos que, após a dilatação do orificio uterino, as nadegas não se encaminham para a vulva, devemos procurar, por meio da expressão uterina, encaminhal-as.

Haverá um momento em que, apesar de todos o esforços das contracções uterinas e de todo o mechanismo empregado, o pelvis tende á immobilidade.

Urge, neste momento, a intervenção, que consiste na secção do cordão entre duas pinças ou entre dúas ligaduras.

Seccionado, pois, o cordão, o trabalho se effectua, sem mais estorvos, como se apenas tratassemos de apresentação pelvica commum.

Quando o cordão, nimiamente curto não permitte que o umbigo appareça á vulva, é mister, dizem

alguns parteiros, que se faça a sua secção na vagina ou *in utero.*

Apresentação da espadua.—Considerando que tal apresentação, por si só, torna dystocico o parto; considerando que a versão é contra-indicada nos casos de exiguidade funicular, cumpre ao parteiro esperar, attentamente, pelas manifestações do trabalho para intervir no momento azado.

A prognostico neste caso, é o peior possivel.

CAPITULO II

Da exiguidade accidental

Circulares

Neste capitulo só nos occuparemos da exiguidade accidental tendo como factor as circulares que se localisam ao redôr do pescoço, ao redôr do tronco e ao redôr dos membros do féto, ou em duas destas partes ao mesmo tempo.

A circular pode ser unica, dupla, tripla, quadrupla podendo a nove chegar o seu numero, como observaram Müller e Gray n'um caso em que as circulares eram situadas no pescoço.

Ribemont-Dessaignes e Lépage, Campbell Wigodzki, Brindeau e Rougé viram exemplos de 6 circulares; Baudelocque observou um féto com 7, e Crédé, citado por Brindeau, menciona um caso de 8 circulares.

Depois da cabeça vém o tronco como séde mais frequente dellas; nesta parte do féto Gueniot observou uma disposição especial em 8 de cifras.

As vezes, as circulares não são perfeitas, o cordão não segue um itinerario regular e, como exemplo,

lembramos uma estampa nas *Anomalies du cordon ombilical*, de Brindeau. Na estampa o cordão se dirige para cima, passando um pouco abaixo da axilla direita, d'ahi se dirige para a parte superior do dôrso e chegando ao lado esquerdo do pescoço, passa sob o maxillar inferior, subindo em seguida verticalmente, vae passar pela parte lateral direita da caixa craneana, por seu plano superior, descendo pelo lado opposto até se inserir na placenta.

A estampa, á qual nos referimos, revela uma depressão no craneo produzida pela pressão do cordão.

As circumvoluções funiculares são frequentes e variam na proporção de 11 a 16 por 100 para Maygrier e Schwab; para Mayer estão na proporção de 19 por 100.

Etiologia.—Alguns auctores classificam de *efficientes* e *predisponentes* as causas responsaveis pela formação das circulares.

Como *efficientes*: os movimentos do féto, e os movimentos maternos.

Como *predisponentes*:—o comprimento exagerado do cordão, superabundancia do liquido amniotico e a pequenez do féto.

E' sem contradicção, que, de todas as causas predisponentes, a extensão exagerada do cordão gosa de

mais influencia; todos os autores accordam sob este ponto de vista, desaccordando entretanto quando procuram explicar a formação das circulares.

Schreiber affirma que a extensão exagerada do cordão não poderia agir na sua formação dellas senão quando se acompanhasse do pequeno volume do féto e da grande quantidade das aguas do amnios.

Para elle, o cordão enrola-se sobre o segmento inferior do utero, a feição dos cordames no navio e as circulares, somente, se formam no momento do parto, quando o féto passa através dos seus anneis.

Segundo esta opinião ser-nos-ia preciso admittir que os cordões longos formassem, sempre, um numero de circulares proporcional á sua extensão; no emtanto, nem só a experiencia como tambem as estatisticas não demonstram este facto de uma maneira absoluta.

Porque, as circulares, diz ainda o auctor, neste caso, escorregam sobre o féto, deslisam e não se apertam em torno delle.

Entretanto, se á passagem do féto pelos anneis, se deve a formação das circulares, como quer o auctor supra mencionado, não concebemos como as possam haver fétos extraidos pela operação cesariana.

SYMPTOMAS E DIAGNOSTICO—Occupar-nos-emos, so-

mente, aqui, do que for peculiar as circulares e para chegarmos ao fim que almejamos, guiar-nos-emos pelos meios fornecidos pela propedeutica obstetrica: *palpação abdominal, auscultação* e *toque*

Palpação abdominal—Meticulosamente executada, de ajuda dos meios outros de exploração, senão cabal, poder-nos-á, todavia, á sciencia levar, do existir de circulares.

Ao lado do apurado tacto do parteiro outras condições devem existir na examinanda, para que pela palpação cheguemos ao diagnostico das circulares: *flacidez abdominal, adelgaçamento da parede uterina* e *pequena quantidade de liquido amniotico.*

Charrier, com o auxilio da palpação sentiu uma alça do cordão, dorso do féto, na distancia de 10 a 12 centimetros, animada de batimentos em numero de 130 a 140 por minuto, Winckel refere ter percebido atravéz das paredes muito delgados do utero e do abdomen, o cordão enrodilhado em torno do tronco de um féto.

Munido o parteiro de um estetoscopio obstetrico reputado o melhor, pode por meio da escuta formular o diagnostico de circular.

O ruido de sôpro funicular é audivel todas as vezes que o cordão está comprimido, ou segundo Pinard,

quando ha uma diminuição de calibre dos vasos umbilicaes.

No primeiro caso o ruido é fugaz, ao passo que, no segundo, é permanente, podendo confundir-se com o sôpro cardiaco, se não fôra aquelle ouvido sempre a uma distancia deste ultimo.

Ainda com sôpro uterino, sôpro abdominal de Bouillaud, sôpro placentario de Monod, poderia o sôpro funicular confundir-se se aquelle não fôra isochrono com o pulso da parturiente.

Como vimos, nem sempre o sôpro funicular é indicativo da existencia de circulares.

Depaul, por exemplo, ouviu o ruido do sôpro em 9 fétos: cinco nasceram com uma ou mais circulares ao redor do pescoço; em um o cordão circumdava a parte inferior do thorax; nada de semelhante, entretanto, nos tres outros e todos nasceram vivos.

E', pois concludente, em virtude do que precede que a auscultação, revelando a existencia de um sôpro funicular, indicará uma probabilidade da existencia de circulares.

O parteiro deve com o maximo cuidado procurar distinguir o sôpro funicular fugaz dos outros sôpros audiveis, no perimetro uterino, e esperar que no momento mais adiantado do trabalho, o toque e a vista venham elucidar o diagnostico.

Toque vaginal—Este meio de exploração só deve ser empregado em caso de extrema necessidade porque além de outras circumstancias pode ser elle o vehiculo de algum agente infeccioso.

Como a *palpação*, esse meio de investigação tambem requer algumas condições para que sua pratica tenha exito: que a cabeça já se ache descida, e que o féto não seja volumoso, e que a bacia seja ampla.

Toque rectal—Por nos certificarmos da disposição funicular, quando a cabeça se acha profundamente situada, é o toque rectal aconselhado por Chantreuill.

Na clinica civil julgamos dfficil a sua execução; o porque ocioso seria dizel-o.

De final, o diagnostico das circulares só pode ser feito com exactidão, quando, por meio dos tres processos citados, colhermos signaes claros ou quando desprendida a cabeça podermos com o dêdo insinuado entre o pubis e o pescoço do féto sentir a disposição funicular em circular.

Prognostico—As circulares tendem sempre a encurtar o cordão, quer seja este de comprimento normal, quer seja muito longo e em qualquer dos casos teremos os perigos da exiguidade, cujo estudo ja fizemos no capitulo precedente, cumprindo-nos agora estudar os perigos, exclusivamente, das circulares.

Em geral o prognostico para o lado materno é benigno como provam, na maioria dos casos, a marcha regular da gravidez e a normalidade com que, muitas vezes, se dá o trabalho do parto.

Alguns auctores ficam que as circulares são beneficas, quando o cordão bastante longo, porque, de mal maior que delle pode provir qual—a procidencia livram-no ellas.

Não se conclua, d'ahi, porém que sejam ellas inoffensivas, por isso que ja vimos quanto de gravidade acarretam.

Assim é que, quando se trata de uma apresentação do vertice existindo circulares ao redor do pescoço, estando ja a cabeça fóra da vulva, a compressão pode se dar do nivel do angulo do pubis *maxime,* quando o parteiro desavisado, não tem logo o cuidado de com o dêdo explorar o pescoço.

E vezes ha, embora raras, que a compressão tem lugar depois de a cabeça ter atravessado o collo do utero que se acha ao nivel do pescoço, augmentado de volume pelas circulares.

A compressão ainda pode se dar quando o féto progride no canal genital: as circulares se apertam determinando por este mecanismo a compressão das veias jugulares do féto; o calibre dos vasos umbeli-

caes diminue pela distensão que soffrem e o féto pode succumbir por asphixia.

Na apresentação da face a compressão pode se fazer entre o occiput e a nuca que se aconchegam devido a extensão em que nasce a cabeça que, fora da vulva, se conservará ainda em extensão devido ao proprio peso.

Na apresentação pelvica, havendo circulares no pescoço, o prognostico é mais serio em virtude de ser mais lento o trabalho do parto, e consequencia disso, mais duradoura pode ser a compressão que na apresentação cephalica.

O prognostico torna-se menos grave quando as circumvoluções funiculares se localisam em torno das outras partes fetaes.

Complicações de outra ordem, embora rarissimas, podem existir, taes são as lesões produzidas no féto pela constricção do cordão.

Bailly observou ecchymosis no pescoço; Adams, Bioty, Chiarleoni e Merkel viram sulcos mais ou menos pronunciados sobre ao membros. Stoeckel assignala um exemplo de depressão no craneo e Green diz ter observado fractura dos membros e até amputações congenitas.

Ainda como complicações, excepcionalmente observadas, surgem a paralysia radicular do plexo bra-

chial (Roulland) e as difficuldades da versão por manobras internas (Budin e Lefour).

TRATAMENTO — O tratamento das circulares do cordão, diz Brindeau, é absolutamente illusorio durante a prenhez porque o diagnostico nunca é feito de uma maneira exacta. Illusorio é elle neste periodo quer se tenha ou não feito o diagnostico.

Geralmente é nos ultimos momentos do parto que, pela vista ou pelo toque, se chega a confirmação da existencia de circulares e nessa occasião é que o parteiro tem de intervir. Vigilancia é em obstetricia um principio geral, tanto mais justo quanto mais incerto é o diagnostico.

Dois factos preoccupam o parteiro deante de um féto com circular: a propria circular e a exiguidade como sua consequencia.

O tratamento das circulares se resume nas seguintes proposições de Chantreuil:

« 1.ª Nenhuma intervenção, salvo excepção, durante a prenhez.

2.ª Durante a parturição esperar o desprendimento da parte fétal que se apresenta. Examinar o pescoço afim de indagar da existencia das circulares.

3.ª Desprendel-as ora pela cabeça, ora pelas espaduas.

Se a libertação do cordão é impossivel, seccionar o cordão e terminar o parto o mais depressa possivel.

4.ª Applicar o forceps se a vida do infante é ameaçada antes da expulsão da cabeça. ».

CAPITULO III

Da procidencia do cordão

Muitas são as definições que dão os auctores á procidencia do cordão, umas mais amplas, como a de Pinard, que diz ser «a queda intempestiva duma pequena parte fetal que, não pertencendo á apresentação, precede ou a acompanha quando tende a insinuar-se ou se insinúa no canal pelvi-genital»; outras mais resumidas, como a de Tarnier: «a insinuação do cordão abaixo ou ao lado da parte fetal que se apresenta em primeiro lugar para descer através a pequena bacia».

A procidencia, ainda designada sob o nome de — *prolapso do cordão*, conforme estão rôtas ou não as membranas, recebe o nome de *procidencia*, propriamente dita, no primeiro caso, e, especialmente, o de *procubito do cordão*, no segundo.

Budin ainda designa, sob o nome particular de *laterocidencia*, a alça funicular que, ao em vez de ser a primeiro a se apresentar, se acha collocada ao lado da cabeça, permanecendo entre a apresentação e as paredes pelvicas.

Brindeau diz ser mais clinico considerar como procidencia todos os casos em que o cordão desce abaixo do annel de Bandl.

A procidencia do cordão não é um factor dystocico dos mais raros e assume proporções extremas a sua gravidade.

M.me Lachapelle dá uma frequencia de 1 procidencia sobre 380 partos; Schuré, 1 sobre 268; Guérin-Valmale, 1 sobre 114; Perrossier, 1 sobre 159; Küstner, 1 sobre 100 e Tarnier 1 sobre 86 partos.

Etiologia—Avultado numero de causas é invocado pelos autores para explicar a procidencia do cordão.

Para methodisar o nosso estudo afigura-se-nos melhor dividil-o em 3 grupos de causas, assim descriminadas—*maternas*, *fetaes* e *annexaes*.

Dentre as primeiras notam-se: a *multiparidade*, os *vicios da bacia* e os *tumores uterinos* ou *peri-uterinos*.

Na multipara, o utero, muito dilatado por prenhêzes anteriores, pode fatigar-se por esforços intempestivos, e, em consequencia contrair-se imperfeitamente determinando a ausencia da accommodação que, por sua vez, favorece á procidencia.

A parede abdominal, que auxilia o utero em suas contracções, por via de prenhêses anteriores ainda,

pode apresentar um certo gráo de relachamento de seus musculos, uma eventração que impedem boa parte desse auxilio.

As bacias estreitadas, mantendo a cabeça no estreito superior ou não permittindo a boa accommodação da apresentação fetal, favorecem á procidencia a cujo respeito, estão de pleno accordo os auctores.

Hildebrandt encontrou a bacia estreitada em um terço dos casos; Winckel e Gibory em 40 por 100 dos casos e Perrossier 20 sobre 100 (Brindeau).

Os tumores da bacia tambem agem como causa de dystócia: Perrossier encontrou uma vez um volumoso fibroma da parede anterior do utero em 93 casos de procidencia.

Dentre as causas *fetaes* citam-se as seguintes: *as apresentações principalmente a do pelvis*, *a da espadua*, *e a da face*; *a prenhez gemea*, *a procidencia dos membros e a pequenez do feto.*

Todas as apresentações anormaes agem do mesmo modo, porque, em vista de suas formas irregulares, não se adaptam exactamente sobre o segmento inferior do utero deixando, por isto, espaços que podem ser occupados pelo cordão.

Vemos que, naquellas apresentações, tudo se reune para produzir a procidencia, mas tambem para lhe attenuar os effeitos que se observam na apresentação

do vertice, determinante rara de procidencia, e por isso mesmo que rara e de forma regular aggrava o prognostico para o lado do feto.

Na prenhez dupla, diz Budin, juxtapondo-se duas extremidades, mais ou menos esphericas, deixam, entre si, intervallos e se não adaptam, exactamente, á parede do segmento inferior, mesmo contraido; e o liquido amniotico enche as lacunas nas quaes o cordão pode cahir.

A respeito da procidencia dos membros, M.me Lachapelle costumava dizer: «*Les procidences appellent les procidences*».

Em apoio a essa opinião Brindeau refere que Varnier, Marcoreles e Guérin-Valmale encontraram, uma vez sobre 7, a combinação da procidencia de um ou mais membros com a procidencia do cordão.

O pequeno volume do féto tambem obra como causa da procidencia pela falta da boa adaptação no orificio uterino.

Dentre as ultimas causas constam as seguintes: *o hydramnios, a rotura prematura das membranas, a extensão exagerada do cordão, a inserção baixa da placenta e a inserção viciosa do cordão.*

O hydramnio age de diversos modos — tornando o féto mais movel e favorecendo, alem disso, as apresentações viciosas e a rotura prematura das mem-

branas que, em consequencia, determina o escoamento brusco do liquido, cuja onda pode arrastar o cordão.

As membranas podem ser involuntariamente rôtas pelo proprio parteiro quando procura fazer a versão podalica ou tenta fazer o toque no decorrer do trabalho.

Obrigado, algumas vezes, o parteiro tem de praticar a rotura das membranas; é prudente que esta pequena operação se realise depois da contracção uterina.

A extensão exagerada do cordão tem sido, pelos auctores, considerada como causa predisponente, porque, em geral, vem ella acompanhada de uma outra causa.

Effectivamente o cordão longo, por si só, raramente cae em procidencia e avultado numero de observações judiciosamente feitas por Compagnon demonstram o facto; na maioria dos casos por elle observados, no espaço de 7 annos, coincidia á exagerada extensão funicular outra causa que com ella determinava a procidencia.

A inserção baixa da placenta assim como a inserção viciosa do cordão favorecem á procidencia approximando-o do orificio interno do utero e não permittindo, alem disto a perfeita adaptação da apresentação na area do estreito superior.

Infelizmente a escassez do tempo não nos permitte delongas. Passemos ao estudo etiologico da laterocidencia de Budin.

Ao lado das causas responsaveis, pela procidencia e já assignaladas, duas outras existem que são peculiares á laterocidencia,—*as circulares frouxas* descriptas por M.me Hervey e a *expressão do cordão* estudada por Matthews Duncan.

Façamos nossas as palavras de Budin commentando estas duas causas:

«A circular frouxa não é, propriamante falando a laterocidencia; pode todavia lhe ser causa predisponente.

Si as vezes a existenaia de uma circular frouxa favorece, e isto facilmente se comprehende, a laterocidencia do cordão, num certo numero de casos vê-se uma alça do cordão cujas duas partes estão em contacto ou quasi se tocando.

Do mesmo modo a expressão do cordão, escripta por Mathews Duncan, não constitue a procidencia, mas pode ser causa efficiente.»

Symptomatologia—Por meio da auscultação e do toque podemos obter signaes de probabilidade e signaes de certeza absoluta.

A auscultação é um precioso recurso obstetrico que,

amiude, praticado nos pode esclarecer sobre as condições vitaes do féto.

Dado o caso de uma procidencia funicular, geralmente sujeita a uma compressão, a escuta denunciará a irregularidade dos batimentos cardiacos ora augmentados, ora arythmicos.

Coincidindo com estes signaes reveladores da angustia fetal, observamos que o liquido amniotico que escôa é de côr esverdinhada devido a presença de *meconio* dissolvido em seu seio.

A compressão, responsavel pelo que acabamos de ver, determinará a morte do féto por asphyxia se agir por mais de 10 minutos.

Signaes de probabilidade nos fornece a auscultação, por quanto, em caso de circulares tensas, podemos tambem observar a mesma phenomenologia para o lado do féto.

Não perde por isso seu valor, porque, seja qual for a causa que determine o soffrimento do féto, uma intervenção immediata se torna indispensavel.

Passemos ao estudo do toque vaginal, judiciosamente considerado por Budin e Demelin como o meio obstetrico capaz de fornecer o signal pathognomonico dessa dystocia.

Devemos considerar dous casos:

1.º Membranas intactas.—Neste caso a procidencia toma o nome de *procubito*.

Para a execução do toque o parteiro espera que tenha cessado a contracção uterina e, cautelosamente, introduz o dedo á procura da proeminencia formada á custa do sacco de aguas e atravéz as membranas terá a sensação de um pequeno corpo movel que fluctua na massa liquida, foge a menor pressão digital e é animado de batimentos isochronos aos do coração fétal.

Graças a massa liquida a compressão não se faz com intensidade e melhor podemos sentir os batimentos funiculares, quando logramos applicar o cordão contra a parede pelviana.

2.º Membranas rôtas—Aqui mais facilmente ainda o parteiro reconhecerá a procidencia, porque a alça do cordão, já existente ou arrastada pela sahida rapida do liquido, descerá mais, ficando portanto mais accessivel e em contacto directo com o dêdo explorador, que sentirá claramente todos os caracteres do cordão, animado de batimentos se o féto estiver vivo.

A auscultação confirmará neste caso o isochronismo do pulso funicular, com os batimentos cardiacos fetaes.

Em caso de morte a alça funicular poderá sahir da vulva, estará fria, não será animada de batimentos e

apresentará a coloração amarella esverdinhada pelo liquido alterado que se escôa do utero.

Na pratica do toque, quando o parteiro applica, por meio do dêdo, o cordão contra a parede pelviana, pode errar confundindo as pulsações das collateraes digitaes, ou as arterias vaginaes, com o pulso funicular.

Para obviar esta causa de erro, Budin e Demelin aconselham introduzir dous dedos na vagina e collocar entre elles a alça funicular; reconhecer-se-á, então, com certeza os batimentos das arterias umbilicaes, a sua frequencia e a sua intensidade.

Outra causa de erro é fazer-se o toque no momento da contracção uterina, principalmente quando as membranas já estiverem dilaceradas, porque, neste caso, sendo a compressão maior, cessarão os batimentos da alça procidente.

Insistimos mais uma vez: a auscultação e o toque não devem ser praticados quando o utero estiver em contracção.

Diagnostico — Em virtude dos signaes que nos fornecem a auscultação e o toque, o diagnostico, na maioria dos casos, se impõe.

Duvidas e mesmo difficuldades podem surgir quando o cordão é laterocidente, por isso que é inaccessivel ao toque.

Neste caso, a auscultação, revelando soffrimento do féto pela compressão demasiada, nos levará á suspeita de tal anomalia.

Não fôra a falta de pratica, difficilmente acreditariamos que o parteiro podesse confundir um membro procidente com uma alça funicular em identico estado, a não ser que lhe á confusão leve exame superficial.

A inserção velamentosa do cordão, nas proximidades do orificio uterino, pode tambem determinar erro no diagnostico da procidencia por causa dos batimentos de suas arterias sob o dêdo explorador.

Mas, neste caso, asseveram Budin e Démélin, « taes batimentos são constantemente sentidos no mesmo ponto, seguindo uma mesma linha recta ou sinuosa, emquanto que a pequena alça do cordão é muito movel, fugidia, como que saltitante no sacco».

Com o *pulso vaginal de Osiander* dizem Maygrier e Shwabe, tambem pode o parteiro confundir as pulsações da alça funicular; porem, o isochronismo daquelle com o pulso da parturiente elucidará a duvida.

Finalmente o parteiro pode commetter erros extraordinarios como, — tomar uma dobra vaginal ou o intestino materno herniado, por um cordão umbilical; um pouco de attenção basta para evitar taes erros (Brindeau).

Prognostico — A alça funicular procidente, pela compressão a que está sujeita, põe o féto em imminente perigo de vida; para a sua mãe delle o prognostico depende não da procidencia em si, mas das condições que a favorecem e principalmente das intervenções necessarias em favor da vida do féto.

Resulta das estatisticas que a mortalidade dos fétos é de 25 a 36 por 100 nos casos de procidencia.

Numa estatistica de 1905, que nos parece ser a mais recente, Gallot assignalou, de 65 casos de procidencia, 32 mortes.

Em 9 destes casos, porém, a creança já estava morta no momento da chegada da mulher ao serviço de sua clinica.

Não é a procidencia em si, vimos, que aggrava o prognostico para o féto, mas a compressão a que se acha exposta a alça procidente, compressão esta cujo gráo é variavel com a apresentação.

Na do vertice, por exemplo o perigo é grande e a rasão disto se esclarece attendendo-se a dureza dessa região e a sua forma regular; factores estes que concorrem para que a compressão seja de maior intensidade.

Na apresentação da face os perigos da compressão são os mesmos; na das nadegas já o prognostico se torna mais benigno porquanto sendo esta apresen-

tação, mais ou menos irregular, não permitte que a compressão seja directa, porque a alça procidente se acha collocada em algum espaço cheio de liquido amniotico, que por sua vez tambem a protege.

Nas apresentações da espadua julgamos mais grave o facto da apresentação que a procidencia.

Geralmente o parto, nestas condições, é demorado, requer intervenção, n'uma palavra, é dystocico e o prognostico, para mãe e filho, é gravissimo.

Finalmente muitas outras condições influem á maior ou menor gravidade do prognostico.

Assim a compressão será evidentemente mais forte ao nivel do angulo sacro-vertebral ou do pubis, pontos estes com os quaes a apresentação se põe em mais intimo contacto.

Se o cordão desce ao nivel de uma região mais ampla da bacia, sulco sacro-iliaca, por exemplo, a compressão será mais attenuada, os seus effeitos mais benignos, o prognostico menos grave.

Quando a procidencia tem lugar no começo ou antes do trabalho do parto aggrava-se o prognostico, já porque o diagnostico pode ser tardiamente feito, principalmente no caso de laterocidencia, já pela compressão prolongada que soffre o cordão.

Muitas vezes o parteiro, pela auscultação, surprehende a morte que se denuncia pela quéda progres-

siva dos batimentos cardiacos do féto que se extorce no horror da morte por axphyxia.

Pellisson muito bem chamou de *procidencias desconhecidas* as laterocidencias pelo facto de serem estas difficilmente diagnosticadas.

Causas da morte do féto.—O que, a respeito, é hoje assente, deve-se á luz das discussões travadas no seio dos parteiros que, por divergencia, beneficiaram a sciencia.

Alguns como Smellie, Osiander, Guillemont attribuiram a morte do féto ao simples resfriamento do cordão; Thouret ligando, ás aguas do amnios, propriedades nutritivas, dizia que o féto não morreria emquanto se achasse no seio dellas. Shuré, combatendo a theoria de Thouret, não o fez por completo porquanto não se referiu ao papel mecanico que exercem essas aguas em relação ao cordão.

Como estas, muitas outras theorias extravagantes, que as enumerar seria fastidioso, foram admittidas para para explicar o mecanismo da morte do féto.

TRATAMENTO—Consiste o tratamento da procidencia funicular na retropulsão *manual* ou *instrumental* do cordão.

O processo manual, antigamente, só era empregado quando o orificio uterino se achava completa-

mente dilatado, porque os parteiros daquella epoca só introduziam um ou dous dedos na vagina.

D'ahi, na maioria dos casos, o resultado era negativo pelo que se deram á invenção de instrumentos que o substituissem.

Hoje, porém, a retropulsão manual é o processo mais em voga e ao seu respeito M.me Lachapelle dizia: «somente com a mão se pode formar um *peloton* da alça de cordão que sahiu, leval-o ao logar mais conveniente pelas passagens as mais livres; repellir-se parte por parte um porção consideravel, como se opera o táxis na reducção das hernias; emfim tão somente a mão permitte a certeza duma reducção completa.

Fritsch externava-se do seguinte modo: «E' absolutamente impossivel tornear-se a cabeça com uma haste recta ou ligeiramente curva quando o orificio se acha ainda pouco permeavel».

Pinard interroga: «Para que procurar instrumentos se a mão é o instrumento que se traz sempre comsigo?

Em summa quando o processo instrumental é facil, o manual é positivo; affirma o doutor João Affonso de Souza Ferreira.

Budin, Tarnier e Pinard protegeram manualmente o cordão por muitas horas.

A technica do processo mais adeante será descripta.

Os instrumentos empregados para a reducção do cordão são os seguintes: a lyra de Hyernaux, o apparelho de Schœller, a sonda de Bar e as sondas de gomma, empregadas por Dudan.

Não descreveremos o primeiro apparelho, um dos mais antigos.

O instrumento de Schœller compõe-se de uma haste de barbatana de baleia tendo uma de suas extremidades em arco.

Parallelamente a esta haste e fixada contra ella, acha-se segunda haste que se pode fazer deslisar de baixo para cima e vice-versa; para cima o annel se fecha, para baixo se abre.

Para se usar esse instrumento colloca-se o cordão no annel previamente aberto, depois impelle-se a haste movel, e, o annel fechado, leva-se cuidadosamente o instrumento ao fundo do utero; abre-se-o então para desprender-se o cordão e retira-se o instrumento.

O apparelho de Bar é uma sonda de caoutchouc tendo no interior um *mandaril* para tornal-a rija.

Fixa-se o cordão na extremidade superior da sonda com auxilio de um laço, e o cordão, assím preso, é levado o mais alto possivel de modo a passar o annel de Bandl, retirando-se em seguida o mandaril.

Budin e Démélin assim descrevem as sondas de gomma:

«Pratica-se um orificio a 6 ou 7 centimetros da extremidade fechada do instrumento e introduz-se, pela outra ponta, um fio dobrado em dous que sahe ao nivel do orificio.

A sonda sendo collocada na vagina para atrás do cordão, dous dêdos fazem passar a alça do fio por deante delle e vão pendural-a acima da ponta da sonda, que assim carregada é levada a cavidade uterina.

Para mantel-a ahi basta dobrar a extremidade livre no interior da vagina.»

Além dos dous meios já descriptos, aconselham alguns parteiros attitudes especiaes a mulher, versão, balões e o emprego do afastador de Tarnier.

Conhecidos, em breves palavras, os processos empregados para a reducção do cordão procidente, estudemos o seu tratamento nos casos abaixo figurados.

Dilatação incompleta. (a)—*Membranas intactas.* —A maioria dos parteiros evita qualquer intervenção que possa determinar a rotura, porquanto o bolso de aguas representa, de algum modo um papel protector em face do cordão.

Os toques devem ser raros, a mulher deve ficar

em repouso tendo a região pelvica elevada e evitar esforços, dizem elles.

A auscultação deve ser repetidamente praticada e ao menor soffrimento fetal, quando claudicarem os ultimos processos citados, preconisam, de maior proveito, a retropulsão manual, affirmando os seus adeptos della que «é este o meio mais facil, porquanto, no bolso intacto o cordão desloca-se facilmente e sóbe á menor pressão; a alça procidente é pouco consideravel, a região fetal é movel e não está ainda fixa; as contracções são menos frequentes e menos energicas do que quando dada a rotura e a região fetal vem apoiar-se sobre os bordos do orificio uterino.»

O *modus operandi* do processo é por Tarnier assim descripto: «Cumpre tomar-se toda a alça descida e conduzil-a, tão longe quanto possivel, entre a cabeça e a parede materna; tomal-a, segundo os casos, com um, dous ou trez dedos e impellil-a além da grande circumferencia cephalica.

E' mister que se não receie empregar alguma força, desde que se opere rapidamente. A medida que se retira a mão, é preciso se applicar a cabeça contra ella, afim de impedir nova descida do cordão e premer fortemente a cabeça contra a parede materna, no momento em que a polpa dos dêdos

contorne na sua descida a parte larga da região fétal.»

A outra mão mantida no hypogastro, auxilia a intervenção, apoiando a região fetal, que se apresenta, sobre o estreito superior, com o fim de não permittir a reincidencia do prolapso.

Com o mesmo fim Osiander recommendava a rotura das membranas; Hunter e Pinard recommendam-n'a após dilatação franca do orificio e, neste caso, o parteiro deve manter o dêdo no orificio do sacco, afim de não permittir que o liquido saia em jôrro.

(b) *Membranas rôtas*—Já neste caso, por via da compressão mais directa a que está sujeito o cordão, os parteiros, em geral, aconselham a reducção da procidencia o mais promptamente possivel. Budin e Démélin, entretanto, opinam, em contrario, que se espere aconselhando a pratica repetida da auscultação e observancia cuidadosa da colloração do liquido amniotico.

Alguns indicam a chloroformisação como meio de facilitar a intervenção que deve ser a manual de preferencia a outra qualquer.

Bouquet preconisa a intervenção manual e manda que se prenda o cordão a um pequeno membro afim de se evitar nova procidencia.

Com o mesmo fim, Mauriceau applicava uma esponja no espaço em que se fazia a quéda do cordão.

A reducção instrumental é defeituosa, incerta e céga, diz Bouquet.

Quando a reducção manual falha, o parteiro deve experimentar a transformação da apresentação ou então introduzir um balão Champetier para evitar a compressão do cordão e completar a dilatação do orificio.

Dilatação completa—(a) *Membranas intactas.* —Terminar, o mais cedo possivel, o parto pela versão ou pelo forceps tendo o cuidado de não tomar o cordão entre as suas colheres.

Julgamos, no emtanto, mais acertado fazer-se ainda a reducção do cordão, poupando aos pacientes a intervenção pelo forceps, porque ha no esperar probabilidades ainda de parto natural.

(b) *Membranas rôtas*—Devemos ainda tentar a retropulsão se o estado do féto o permittir. No caso contrario, intervir com o fim de extrail-o.

Nas laterocidencias, se a auscultação revelar soffrimento do féto, o parteiro deve applicar o forceps tendo o cuidado de não tomar o cordão entre as suas colheres delle.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

No feto a termo, os vasos funiculares são representados por duas arterias e uma veia.

II

As arterias, de menor calibre que a veia, enrolam-se em espiral ao redor della, e apresentam uma serie de dilatações e estreitamentos e são providas de valvulas.

III

A veia é volumosa tem um calibre uniforme, apresenta valvulas pouco desenvolvidas que não estorvam o rèfluxo do sangue.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O perineo da mulher apresenta as mesmas camadas que o do homem, modificadas somente pela presença da vulva e da vagina.

II

A porção anal se compõe do anus e dos dois sphincteres, externo e interno.

III

A porção anterior ou genito-urinaria é profundamente modificada em consequencia da interposição da vulva e da vagina.

HISTOLOGIA

I

A gelatina de Wharton que constitue o eixo conjunctivo do cordão é o typo do tecido mucoso.

II

Este tecido encerra grandes cellulas de protoplasma granuloso munidas de prolongamentos numerosos que se anastomosam.

III

Nas malhas deste tecido accumula-se mucina.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

O figado da mulher eclamptica, pela autopsia, de coloração amarellada, apresenta em sua superficie um ponteado hemorrhagico.

II

As lesões do baço são quasi que completamente analogas as do figado.

III

O utero se apresenta muitas vezes cheio de coalho sanguineos e os ovarios apresentam fócos hemorrhagicos.

BACTERIOLOGIA

I

O *Treponema pallidum* descoberto recentemente por Schaudin e Hoffmann, em productos syphiliticos, é o agente especifico da syphilis.

II

E' um corpusculo excessivamente delicado, muito movel em forma de saca-rolha, cujas espiras variam de 10 a 26.

III

Levaditi e Wallich verificaram que os Treponemas só são encontrados na placenta quando a syphilis é evidentemente do feto.

PHYSIOLOGIA

I

E' ao nivel da placenta que se operam, durante a vida intra-uterina, as trocas entre o organismo materno e o fetal.

II

As circulações materna e fetal, sendo distinctas na placenta as trocas se fazem por *osmose*.

III

Graças a este phenomeno, substancias diversas passam do sangue materno ao fetal e inversamente.

THERAPEUTICA

I

Os effeitos da quinina não são os mesmos no homem são e no febricitante.

II

No primeiro caso a acção thermica é variavel; ora, nulla, ora consiste em ligeiro abaixamento e rara-

mente se traduz por uma elevação que pode chegar a 0, 07.

III

Nos febricitantes a acção thermica é mais pronunciada, variando com as doses e com a natureza da molestia.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

O infanticidio pode ser por estrangulação.

II

Dentre os meios dos quaes as accusadas lançam mão para a sua defesa, cita-se o cordão pelas impressões que deixa sobre o pescoço, peito etc.

III

Mas, neste caso, a face é pallida, os orgãos são anemiados, e o feto morreu pela parada da circulação e conseguinte os signaes cadavericos são inversos aos da estrangulação.

HYGIENE

I

A vaccinação é um meio efficaz de se preservar da variola.

II

Ella deve ser praticada no primeiro anno e renovada no fim de 7 ou 8.

III

Desde 1874 que na Allemanha existe uma lei que obriga o povo á vaccinação e a revaccinação.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A inversão do utero consiste em uma depressão do seu fundo.

II

Ella pode ser completa e incompleta: no primeiro caso o fundo do utero ultrapassa o orificio externo do collo; no segundo, elle só vae até este orificio.

III

A tensão do cordão, por via de exiguidade natural ou accidental, pode, embora raramente, determinar tal accidente.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Perineorraphia é a operação que tem por fim reparar a rotura do perineo, quer suturando directamente os dois labios da ferida, quer após o avivamento.

II

Quando a rotura é recente, o cirurgião deve executar logo a operação.

III

Quando antiga, deve proceder ao avivamento sem o que a operação dará resultado negativo.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

As feridas do abdomem, quasi sempre são penetrantes.

II

As vezes ellas se complicam de hernia visceral.

III

Neste caso, a laparotomia pode ser empregada com excellentes resultados.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

O estreitamento da urethra é de origem inflammatoria e cicatricial ou traumatica.

II

O tratamento, empregado com o fim de prevenir os accidentes, que d'ahi resultam, consiste na dilatação do canal.

III

Ella é permanente e temporaria; quando ha indicações, faz-se a urethrotomia.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A infecção carbunculosa manifesta-se por um accidente local que, quasi sempre, precede os symptomas geraes.

II

Este accidente local, é a *pustula maligna.*

III

No ponto de innoculação, se desenvolve um prurido intenso e uma vesicula apparece; esta vesicula, que tem a forma de uma pequena phlyctena, se rompe e deixa em seu logar uma ulceração cujo fundo livido ou enegrecido é, as vezes, constituido por uma pequena eschara.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A auscultação é um recurso precioso que, em obstetricia, dá resultados positivos.

II

Ella deve ser praticada em toda a superficie uterina, principalmente no nivel dos ligamentos largos.

III

Guia mais seguro no momento do parto, orienta o parteiro quanto ás indicações para lado do féto.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

A forma mais caracteristica da gastro-enterite infantil é a que Trousseau descreveu sob a denominação de Cholera infantil.

II

Encontram-se nas feses colibacillos em grande quantidades e de virulencia exaltada.

III

O tratamento consiste em evacuar o intestino o que se alcança com alguns centigrammos de calomelanos; supprimir todo o alimento fermenticivel, e Trousseau recommenda banhos ligeiramente sinapisados.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

O accesso asthmatico começa geralmente nas primeiras horas da noite, sem prodromos.

II

Ha uma molestia que tem as maiores analogias com a asthma, é o Hayfever dos inglezes.

III

O accesso asthmatico pode ser combatido com as fumigações de *datura stramonium*, cigarros de Espic ou melhor com a injecção subcutanea do chlorydrato de morphina.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Tomando-se por base os caracteres da gestação, os mammiferos dividem-se em: Implacentarios e Placentarios.

II

Os Implacentarios subdividem-se em Monotremios que são oviparos e Marsupiaes que são viviparos.

III

Os Marsupiaes possuem uma grande bolsa ventral em que as femeas alojam os filhos durante os primeiros mezes que seguem ao nascimento.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O salicylato de sodio pode ser prescripto em capsula, solução ou poção.

II

Não possue a acção antiseptica do acido salicylico, sendo, de preferencia empregado em lugar deste em virtude de sua acção menos caustica.

III

O salicylato de sodio e a antipyrina não devem ser receitados na mesma capsula, porque, se tornam deliquescentes.

CHIMICA MEDICA

I

O liquido amniotico é claro e transparente no começo tornando-se amarello no fim da prenhês.

II

E' de colloração esverdinhada quando tem meconio dissolvido em seu seio; esbranquiçada quando carregado de substancia sebacea e avermelhada quando encerra sangue.

III

Normalmente encerra em sua composição agua e substancias solidas, como: chlorureto de sodio, lactato de sodio, albumina e uréa.

OBSTETRICIA

I

A exiguidade do cordão, impedindo a evolução do féto, presdispõe ás más apresentações.

II

Ella difficulta o effeito das contracções uterinas e a expulsão do féto.

III

Nas apresentações do vertice a exiguidade funicular impede muitas vezes a rotação interna da cabeça nas occiput-posteriores.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

Entre a prenhês e a appendicite existem relações estreitas.

II

A appendicite pode complicar a puerperalidade em todos os seus periodos.

III

Neste caso elle ameaça tanto a existencia do féto com a de sua mãe delle.

CLINICA PEDIATRICA

I

A bronchite das creanças apparece algumas vezes associada á dentição e ás perturbações digestivas.

II

Neste ultimo caso attribuem-n'a alguns ao *bacterium coli.*

III

O tratamento consiste em peitoraes, inhalações emollientes, poções calmantès e revulsivas sobre o peito nas formas graves.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A ophtalmia purulenta dos recem-nascidos annuncia-se por um entumecimento roseo das palpebras mais pronunciado principalmente, na palpebra superior.

II

Esta se produz geralmente, no momento do nascimento, durante a passagem da cabeça do féto na vagina, principalmente quando ha corrimento.

III

Muitas vezes o catarrho vaginal é de origem blenorrhagica e, neste caso, o gonococco é o agente infeccioso e a infecção reveste um caracter grave.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A herpes das partes genitaes da mulher apresenta as mesmas lesões, a mesma evolução, as mesmas anomalias que a do homem.

II

Ella se desenvolve de preferencia no nivel da vulva, raramente no collo do utero, e mais raramente ainda nas paredes da vagina.

III

A herpes vulvar é muitas vezes symptoma de um cancro syphilitico do collo do utero.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

Nas mulheres gravidas a loucura apresenta-se sob a forma melancolica.

II

Post-partum ella se mostra sob a forma de mania com agitação.

III

O melhor meio para que a loucura puerperal não passe ao estado chronico é internar a doente.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Mdicina da Bahia, em 30 de Outubro de 1909.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.